Rocznik 1938.  Nr 36.

Gazeta Powiatowa

powiatu świętochłowickiego

Świętochłowice, dnia 3 września 1938r.

Wychodzi co sobotę. Redaktor Siwy, Wydział Powiatowy Świętochłowice.
Telefon Chorzów 409 11.

TREŚĆ

DZIAŁ URZĘDOWY

1.

Rozporządzenie

Wojewody Śląskiego i Śląskiej Rady Wojewódzkiej z dnia 21 czerwca 1938 r. o zakładach leczniczych.

Na podstawie art. 22, 26, 27, 38, 46, 58, 67, 68, 76 ustawy z dnia 16 lipca 1937 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. Śl. Nr 16, poz 36.) w brzmieniu ustawy z dnia 10 marca 1938 r. (Dz. U. Śl. Nr 4, poz. 8) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Artykuły (art.) powołane w rozporządzeniu bez bliższego określenia, oznaczają postanowienia ustawy z dnia 16 lipca 1937 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. Śl. Nr 16, poz. 36) w brzmieniu ustawy z dnia 10 marca 1938 r. (Dz. U. Śl. Nr 4, poz. 8).

Paragrafy (§), powołane w rozporządzeniu bez bliższego określenia, oznaczają postanowienia niniejszego rozporządzenia.

Do art. 2.

§ 2.

Do specjalnych zakładów leczniczych zalicza się również zakłady leczniczo-zapobiegawcze.

Do art. 3.

§ 3.

Zakłady lecznicze, prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków, są szpitalami bez względu na to, czy utrzymuje je Państwo, związki samorządowe, fundacje, instytucje ubezpieczeń społecznych, zakony, kongregacje, stowarzyszenia, inne osoby prawne lub fizyczne, oraz bez względu na przyjętą nazwę tego zakładu leczniczego. Nazwa jednak szpitala winna być zgodna z jego charakterem i przeznaczeniem.

Do art. 5.

§ 4.

Wątpliwości, czy szpital posiada prawo publiczności z mocy samego prawa na podstawie art. 5 rozstrzyga władza powołana do zatwierdzenia statutu szpitala (art. 18).

Do art. 8.

§ 5.

Za lekarza urzędowego w rozumieniu art. 8, ustęp drugi, uważa się państwowych lekarzy powiatowych i innych lekarzy państwowych, działających w jego zastępstwie przy zwalczaniu chorób zakaźnych, oraz lekarzy terytorialnych związków samorządowych.

Zakaźnie chorych, skierowanych do szpitala przez takich lekarzy, szpital publiczny jest obowiązany przyjąć, jeśli tylko szpital w ogóle przyjmuje takich chorych, a umieszczenie chorego w szpitalu jest możliwe, i to bez narażenia innych chorych na zakażenie.

§ 6.

Jeśli szpital ma być przeznaczony do przyjmowania przede wszystkim chorych z okręgu szpitalnego, to okręg ten winien być oznaczony w statucie. Chorym, pochodzącym z okręgu szpitalnego, może być przyznawane pierwszeństwo przyjęcia do szpitala przed innymi chorymi, jednak z tego powodu, że chory pochodzi z poza okręgu szpitalnego, nie może być odmówione przyjęcie do szpitala chorego, potrzebującego niezbędnie natychmiastowej pomocy szpitalnej.

Do art. 9.

§ 7.

Koszty pogrzebu, o ile je pokrył zaliczkowo szpital, ściąga się od tych samych osób, związków samorządowych i instytucyj, które są obowiązane do zwrotu kosztów leczenia.

Do art. 10.

§ 8.

Szpital może dzielić się na klasy, jednak podział ten winien być w statucie wyraźnie określony, a liczba klas nie może przekraczać trzech. Jeśli szpital ma tylko jedną klasę, uważa się ją za III-cią, jeśli ma dwie klasy, niższa jest III-cią, a wyższą II-gą, jeśli zaś ma trzy klasy, najniższa jest III-cią, wyższa II-gą, a najwyższa I-szą.

Ilość chorych w szpitalach ogólnych na jednego lekarza nie powinna w zasadzie przekraczać pięćdziesięciu. Przynajmniej jeden lekarz musi mieszkać w szpitalu lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie. W każdym szpitalu musi być przynajmniej dwóch lekarzy, o ile władza nadzorcza uzna to za konieczne. Ilość personelu pielęgniarskiego musi być taka, ażeby zabezpieczała chorym należytą opiekę.

Do art 13.

§ 9.

Za szpitale ogólne, do których założenia są obowiązane powiatowe związki samorządowe, oraz miasta wydzielone z powiatów, uważa się takie szpitale, które zapewniają leczenie chorych na choroby wszelkiego rodzaju, a co najmniej na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, kobiece z akuszerią oraz zakaźne.

Obowiązkowi utrzymywania szpitala ogólnego może związek samorządowy uczynić zadość także przez utrzymywanie kilku szpitali ogólnych lub specjalnych, które razem wzięte zabezpieczają leczenie chorych na określone wyżej choroby.

Wielkość i liczba szpitali winna być taka, by mogły one zaspokoić w pełni potrzeby miejscowe.

Organem powołanym do stwierdzenia braków w zaspokojeniu potrzeb szpitalnych jest Wojewoda Śląski.

Do art. 17.

§ 10.

Statut szpitala winien przedstawić do zatwierdzenia właściciel szpitala lub osoba zarządzająca szpitalem, na podstawie przepisów lub aktów prawnych (np. kuratorium fundacji).

Statut należy sporządzić i przedłożyć właściwej władzy w 2-ch egzemplarzach, z których po zatwierdzeniu jeden zostaje zwrócony szpitalowi.

Statut szpitalny winien być sworządzony również wówczas, gdy fundacja do której należy szpital, posiada statut fundacyjny.

Statut szpitala publicznego winien zawierać co najmniej następujące dane:

a) nazwę, adres, charakter i rodzaj szpitala (publiczny, ogólny, specjalny), prawną podstawę prawa publiczności, ewentl. okręg szpitalny, właściciela i utrzymującego szpital, majątek szpitala z podaniem ilości obiektów leczniczych i gospodarczych, ogólnej powierzchni terenu szpitala i powierzchni zabudowanej, liczbę łóżek, przeznaczenie (bez różnicy płci, dla mężczyzn, kobiet, dzieci), na jakie choroby przyjmuje, rozmiar świadczeń na rzecz chorych.

b) ustrój wewnętrzny szpitala, tj. podział na oddziały i klasy ze wskazaniem liczby pokojów i łóżek, przeznaczonych dla poszczególnych oddziałów i klas, specjalne urządzenia lecznicze (pracownie bakteriologiczne, chemiczne, elektrodiagnostyczne, prosektura, apteka, sale operacyjne, gipsownia, elektro-mechano-i hydroterapia, biblioteka lekarska),

c) środki na utrzymanie i prowadzenie szpitala, a przy gospodarstwach rolnych należy podać obszar i rodzaj roli, środki na zaspokojenie nadzwyczajnych potrzeb szpitala (fundusz rezerwowy, inwestycyjny),

d) zasady obliczania opłat dziennych oraz ewentualne opłaty dodatkowe na I-ej i II-giej klasie, udzielanie ulg,

e) zakres działania organów, zarządzających szpitalem (organ uchwalający i kontrolujący, organ wykonawczy, dyrektor szpitala, rada szpitalna),

f) kategorie pracowników, ich zasadnicze prawa i obowiązki, dopuszczalność zajęć ubocznych pracowników, sposób obsadzania stanowisk lekarskich i innych, wymagane kwalifikacje, przepisy o konkursach,

g) ewentualny stosunek do innych instytucyj, współdziałanie w kształceniu lekarzy, a zwłaszcza przyjmowanie do szpitala lekarzy dla odbycia jednorocznej obowiązkowej praktyki szpitalnej,

h) miejsce i datę sporządzenia statutu, podpis właściciela lub organu zarządzającego szpitalem, a jeśli już jest szpital czynny, także dyrektora szpitala.

Zmiana statutu lub jego poszczególnych postanowień wymaga zatwierdzenia władzy, powołanej do zatwierdzenia statutu (art. 18).

Właściciel szpitala lub organ zarządzający szpitalem jest obowiązany wystąpić o zmianę statutu, jeśli postanowienia statutu nie będą zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi, oraz jeśli jest zamierzone wprowadzenie w szpitalu zmian w sprawach, uregulowanych statutem.

Do art. 20.

§ 11.

W szczególności dyrektor szpitala:

a) reprezentuje szpital na zewnątrz w ramach upoważnienia, nadanego mu przez właściciela szpitala,

b) uczestniczy w inspekcjach, dokonywanych przez delegatów władz nadzorczych,

c) sporządza sprawozdania,

d) współdziała z władzami administracji sanitarnej w zwalczaniu chorobowości,

e) bierze udział w posiedzeniach rady szpitalnej i referuje na tych posiedzeniach sprawy szpitalne,

f) zarządza bezpośrednio szpitalem pod względem administracyjnym, lekarskim i gospodarczym,

g) układa preliminarze budżetowe i sporządza zamknięcia rachunkowe oraz przedstawia je właściwym organom,

h) ma pieczę nad należytym wykorzystaniem środków, przyznanych na utrzymanie szpitala, dba o należyte zaopatrzenie szpitala we wszelkie narzędzia, aparaty, leki itp. niezbędne dla osiągnięcia jak najlepszych wyników leczenia, oraz o uposażenie szpitala w potrzebne urządzenia higieniczne i o zaspokojenie gospodarczych potrzeb szpitala,

i) organizuje w granicach obowiązujących przepisów życie wewnętrzne szpitala, układa instrukcje służbowe i regulamin porządku wewnętrznego,

j) nadzoruje stan lecznictwa w szpitalu oraz dba o utrzymanie go na należytym poziomie,

k) nadzoruje przestrzeganie higieny szpitalnej, a w szczególności higieny osobistej przez chorych i w stosunku do chorych,

l) decyduje o przyjęciu chorego do szpitala i o jego zwolnieniu lub wyznacza do pełnienia tych czynności lekarzy szpitalnych, z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawnych,

m) decyduje o potrzebie wykonania zabiegów operacyjnych w wypadkach, wskazanych w ustępie trzecim art. 37, oraz o zaniechaniu sekcji zwłok w wypadkach, wskazanych w ustępie trzecim art. 40,

n) jest bezpośrednim zwierzchnikiem wszystkich pracowników szpitala,

o) inicjuje i popiera pracę naukową lekarzy szpitalnych, dba o utrzymanie i uzupełnienie lekarskiej czytelni oraz biblioteki szpitalnej,

p) stara się o dokształcenie personelu sanitarnego średniego i niższego.

Statut może zawierać postanowienie, że dyrektor szpitala winien spełniać również czynności ordynatora szpitala.

Jeśli statut szpitala nie przewiduje stanowiska stałego zastępcy dyrektora, lub stanowisko to czasowo nie jest obsadzone, wyznacza dyrektor szpitala swego zastępcę z pośród lekarzy szpitala. Na zastępcę dyrektora przechodzą w okresie zastępstwa pełne administracyjne i lekarskie uprawnienia i obowiązki dyrektora.

Do art. 22.

§ 12.

Kwalifikacje, jakie winni posiadać kandydaci na stanowisko dyrektora szpitala, jego zastępcy, ordynatorów, kierowników oddziałów i pracowni szpitala, oraz na inne stanowiska w szpitalu, określa statut szpitala publicznego. Kandydaci winni jednak odpowiadać co najmniej warunkom, określonym w ustępie drugim (cześć pierwsza) art. 22.

Statut szpitala może postanowić, że także inne stanowiska poza stanowiskiem dyrektora lub ordynatorów, określone w statucie, będą obsadzone na podstawie konkursu.

Konkurs winien być rozpisany nie później, niż w ciągu dni 30 po opróżnieniu się stanowiska, które ma być obsadzone na podstawie konkursu. Ogłoszenie o konkursie winno być podane do publicznej wiadomości co najmniej w jednym czasopiśmie lekarskim, w Dzienniku Urzędowym Naczelnej Izby Lekarskiej i w Gazecie Urzędowej Województwa Śląskiego, a odpis ogłoszeń winien być równocześnie przesłany do wiadomości Urzędu Wojewódzkiego Śląskiego i Okręgowej Śląskiej Izby Lekarskiej.

Termin do zgłaszania ofert nie może być krótszy niż 14 dni, a dłuższy niż 45 dni od dnia ogłoszenia w Gazecie Urzędowej Województwa Śląskiego. Sąd konkursowy winien przedstawić swoje wnioski organowi mianującemu nie później, niż w ciągu dni 30 po upływie terminu do składania ofert.

Funkcje sądu konkursowego wykonywa rada szpitalna, lub fachowy sąd konkursowy, jeśli tak statut postanawia. Fachowym jest sąd konkursowy wówczas, jeśli więcej niż $^1/_2$ członków posiada wykształcenie lekarskie.

Do zawiadomień, wskazanych w ustępie ósmym art. 22 winny być dołączone akta konkursowe wraz z wszystkimi ofertami i opinią sądu konkursowego.

Do art. 24.

§ 13.

Lekarzem urzędowym odpowiedniej instancji, który w myśl punktu d) ustępu pierwszego art. 24 wchodzi jako członek wskład rady szpitalnej, jest dla szpitali, utrzymywanych przez Skarb Śląski, naczelnik wydziału zdrowia w urzędzie wojewódzkim lub jego zastępca, a dla innych szpitali, z wyjątkiem państwowych, lekarz powiatowy, urzędujący w tym powiecie, w którym leży szpital, względnie w miastach Katowice, Chorzów i Bielsko, lekarz powiatowy na miasto Katowice (na miasto Chorzów) w Bielsku lekarz powiatowy.

W skład rady szpitalnej szpitala państwowego wchodzi jako członek lekarz tej władzy administracji ogólnej, którą oznaczy Minister Spraw Wewnętrznych.

Dyrektor szpitala (względnie jego zastępca) jest członkiem rady szpitalnej i zarazem jej referentem.

Jeśli dla kilku szpitali została ustanowiona wspólna rada szpitalna, każdy z dyrektorów szpitali bierze udział z głosem stanowczym tylko w tej części posiedzenia, która dotyczy spraw szpitala, jemu podległego.

Jeśli na posiedzeniu są rozpatrywane sprawy ogólne, dotyczące większej liczby szpitali, bierze udział z głosem stanowczym ten dyrektor szpitala którego wyznaczy właściciel szpitala.

Regulamin swych obrad ustala sama rada szpitalna.

Jeśli statut fundacji nie stanowi inaczej, funkcje rady szpitalnej w szpitalach fundacyjnych pełni kolegialny organ zarządzający fundacją.

Do art. 25.

§ 14.

Rada szpitalna

1. wydaje opinie:

a) w sprawach, wymienionych w ustępie drugim art. 25, oraz jako sąd konkursowy po zasięgnięciu zdania okręgowej izby lekarskiej, o ile statut szpitala nie przewiduje osobnego fachowego sądu konkursowego,

b) w innych sprawach, określonych w statucie lub przedstawionych jej do opinii przez właściciela, utrzymującego szpital lub dyrektora,

2. przedstawia właścicielowi z własnej inicjatywy wnioski w sprawach szpitala.

Do art. 26.

§ 15.

Każdy szpital publiczny jest zobowiązany przedstawiać:

a) powiatowej władzy administracji ogólnej do dnia 15 maja każdego roku sprawozdania roczne w 3-ch egzemplarzach za ubiegły rok budżetowy według wzoru, który ustala Urząd Wojewódzki Śląski,

b) sprawozdania jednorazowe na skutek poszczególnych zarządzeń Urzędu Wojewódzkiego Śląskiego.

Utrzymywane dla celów szpitalnych księgi i zapiski winny być tak prowadzone, by na ich podstawie było możliwe sporządzenie sprawozdań rocznych, wskazanych w ustępie pierwszym.

Delegaci władz nadzorczych (art. 71) mają prawo i obowiązek badać zgodność dat, wymienionych w sprawozdaniach, określonych wyżej w ustępie pierwszym, z datami, zawartymi w księgach i zapiskach szpitala.

Instrukcję budżetową i rachunkowo-kasową wydaje dla szpitali publicznych, niepozostających w zarządzie Państwa, właściciel szpitala

Do technicznego układu budżetu tych szpitali oraz do prowadzenia ich rachunkowości i kasy mają analogiczne zastosowanie przepisy, obowiązujące terytorialne związki samorządowe.

Do art. 27.

§ 16.

Do wydatków, łożonych na utrzymanie szpitala i na świadczenia dla chorych, które mogą być policzone do oznaczenia opłaty dziennej, zalicza się wydatki związane z normalną gospodarką szpitala a w szczególności;

a) wydatki na bieżące wynagrodzenia personelu szpitalnego w gotówce lub w naturze wraz z bieżącymi składkami na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia emerytalne,

b) wydatki własne szpitala na lekarstwa, opatrunki, zabiegi lecznicze, utrzymanie laboratorium chemicznego i rentgenologicznego i innych pracowni. na kąpiele, żywienie chorych oraz pościel z bielizną (uzupełnienie, pranie, naprawa),

c) zwyczajne wydatki na utrzymanie w należytym stanie budynku szpitalnego, zabudowań pomocniczych i gospodarczych, sal dla chorych i innych pomieszczeń szpitalnych oraz urządzeń łącznie z ich normalnym uzupełnieniem,

d) wydatki na wodę, opał, światło, kanalizację, wywóz nieczystości, utrzymanie w czystości podwórza i skwerów,

e) wydatki na utrzymanie w dobrym stanie i zwyczajne uzupełnienie przyrządów i narzędzi leczniczych,

f) wydatki na utrzymanie w dobrym stanie i uzupełnienie inwentarza gospodarczego, o ile nie chodzi o inwentarz, należący do dochodowych majątków rolnych, leśnych i innych przedsiębiorstw dochodowych,

g) wydatki na prowadzenie kancelarii szpitalnej, kasy i rachunkowości, czytelni, biblioteki i archiwum,

h) koszty organizacji oraz prowadzenia zajęć i odpowiednich rozrywek dla chorych,

i) koszty najprostszych, a niezbędnych przyrządów i opatrunków dostarczanych ubogim chorym, bez których nie mogliby opuścić szpitala,

j) nie pokryte przez zobowiązanych koszty zwykłych pogrzebów osób zmarłych w szpitalu

Statut szpitala może postanowić, że niektóre z wyliczonych wyżej wydatków nie będą liczone do oznaczenia wysokości opłat szpitalnych.

Do wydatków policzalnych do oznaczenia opłat szpitalnych nie mogą być włączone:

a) wydatki na rozbudowę, przebudowę i kapitalny remont budynku szpitalnego oraz budynków gospodarczych,

b) wydatki na pierwsze zaopatrzenie szpitala lub dobudowanych części w potrzebne urządzenia sal i pokojów dla chorych łącznie z łóżkami, pościelą i bielizną, gabinetów lekarskich i pracowni, kancelarii oraz pomieszczeń gospodarczych,

c) wydatki na pierwsze zaopatrzenie szpitala lub dobudowanych części w przyrządy lecznicze i narzędzia,

d) wydatki na zakup nowych a kosztownych, dotąd nieistniejących w szpitalu przyrządów i urządzeń leczniczych,

e) wydatki na emerytury i zaopatrzenia personelu szpitalnego i ich rodzin,

f) niedobory, powstałe wskutek przyznawania w myśl postanowień statutu lub obowiązujących przepisów prawnych ulg w opłacie kosztów leczenia oraz niedobory, powstałe z innych przyczyn.

Do art. 29

§ 17.

Na klasie trzeciej (§ 8) poza opłatą dzienną nie mogą być pobierane żadne inne opłaty.

Na klasie I-ej i II-ej mogą być pobierane oprócz opłaty dziennej także opłaty dodatkowe za wyszczególnione w statucie specjalne zabiegi lecznicze, jak zabiegi chirurgiczne z zakresu dużej chirurgii, odma sztuczna, zabiegi fizykalne (Roentgen, rad) itp. Wysokość tych opłat dodatkowych winien szczegółowo określać statut. Nie mogą one jednak przekraczać norm cennika poborów lekarskich, ustalonego przez wojewódzkie władze administracji ogólnej na podstawie art. 21 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr 81, poz. 712). Dochód z tych opłat dodatkowych, które muszą wpływać do kasy szpitalnej, po potrąceniu własnych kosztów szpitala i 10% na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny, może być używany, o ile statut postanowi, na dodatki dla lekarzy i personelu pomocniczego, którzy swą pracą przyczynili się do wykonywania tych zabiegów.

Do art. 30.

§ 18.

Celem określenia opłaty dziennej dodaje się wydatki, które mogą być policzone do oznaczenia opłaty dziennej w myśl ustępu pierwszego § 16, poniesione w ciągu ostatnich trzech lat oddzielnie dla każdej z klas, a otrzymane sumy dzieli się przez liczbę dni leczenia wszystkich chorych, leczonych w tym okresie na poszczególnych klasach. Otrzymane ilorazy uważa się za przeciętne własne dzienne koszty świadczeń szpitala na rzecz chorego. Opłata dzienna na klasie trzeciej nie może być z wyjątkami, wskazanymi, w ustępie drugim art. 29, wyższa od obliczonych w ten sposób przeciętnych własnych kosztów szpitala. Zasada ta obowiązuje również dla oznaczenia opłaty dzienej na klasie drugiej i pierwszej z tą tylko różnicą, że do przeciętnych własnych kosztów szpitala na tych klasach może być doliczone oprócz kwot, wskazanych w ustępie drugim art. 29 także 10% tych kosztów na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny.

W wypadkach, gdy szpital istnieje krócej niż 3 lata, przeciętne koszty oblicza się na podstawie wydatków z tego krótszego okresu. Jeżeli zaś okres ten jest krótszy niż rok, lub jeśli idzie o szpital, który dopiero ma być otwarty, ustanawia się opłatę dzienną po raz pierwszy na podstawie opłat dziennych, obowiązujących w innych szpitalach w tej samej miejscowości lub sąsiednich. Wydatkami co do których utrudnione jest szczegółowe obliczenie, w jakiej mierze dotyczące one klasy III, II i I, obciąża się poszczególne klasy w przybliżeniu.

Od oznaczonej opłaty dziennej właściciel szpitala przyznaje ulgi w granicach, określonych w statucie, w obowiązujących przepisach prawnych oraz w zawartych umowach.

Do art. 33.

§ 19.

Koszty leczenia w szpitalu publicznym uważane będą za zaległe, gdy osoby lub instytucje, wezwane do zapłacenia tych kosztów, w przeciągu dni 14-tu od otrzymania rachunku nie zapłaciły należności lub nie zgłosiły ubostwa albo innych zarzutów przeciw rachunkowi, lub też gdy zarzuty te zostały według obowiązujących przepisów roztrzygnięte.

Do art. 34.

§ 20.

Szpital publiczny, który przyjął chorego, podającego się za ubogiego, jednak nie posiadającego świadectwa ubóstwa, wystawionego przez właściwy urząd, winnien bezzwłocznie zawiadomić o tym właściwy urząd, który obowiązany jest w ciągu dwóch tygodni dostarczyć szpitalowi potrzebnych wiadomości lub świadectw.

Do art. 38.

§ 21.

W każdym szpitalu publicznym ma być prowadzona dla każdego chorego historia choroby od chwili przyjęcia do szpitala do czasu wypisania ze szpitala (względnie śmierci).

Historia choroby winna zawierać co najmniej datę przyjęcia do szpitala, imię i nazwisko chorego, wiek, płeć i zatrudnienie, wywiad (anamnezę), wynik pierwszego badania wraz z diagnozą i określeniem, czy zachodzi wypadek, choroba zawodowa, przebieg choroby, ordynacje i zabiegi lekarskie, dzień wypisania ze szpitala wraz z orzeczeniem co do stanu chorego.

Przy określaniu chorób należy przestrzegać obwiązującego mianownictwa chorób.

Historię choroby należy przechowywać w szpitalach przez lat 30, licząc od dnia wypisania chorego ze szpitala.

Historia choroby oraz wszelkie wiadomości, uzyskane w związku z pobytem chorego w szpitalu, stanowią tajemnicę szpitalną która obowiązuje tak lekarzy jak i innych pracowników szpitala. Postanowienie to nie narusza co do lekarzy postanowień ustępu drugiego art. 15 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr 81, poz. 712).

Odpisy historii choroby będą wydawane tylko w drodze poufnej władzom państwowym dla celów urzędowych oraz szpitalom dla ułatwienia zachowania ciągłości leczenia. Szpital może również wydać odpis historii choroby zakładowi ubepieczeń społecznych, zaś leczonemu lub jego prawnemu zastępcy, jeżeli nie ma uzasadnionej obawy, że przyniesie to szkodę dla leczonego.

Pozatem szpital może wydać na żądanie władz państwowych, samorządowych i instytucyj publicznych dla ich celów urzędowych oraz na prośbę leczonego lub jego prawnego zastępcy poufne orzeczenie, określające rodzaj choroby, jej przebieg, leczenie oraz okres niezdolności do pracy, w wypadkach określonych w ustępie drugim art. 15 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej z dn. 25 września 1932 r.

Nadto odpis historii choroby oraz orzeczenie o treści wyżej wskazanej jest szpital obowiązany wydać na każdorazowe zarządzenie wojewódzkiej władzy administracji ogólnej — osobom i instytucjom, przez tą władzę wskazanym.

Odpisy historii choroby jak również orzeczenia w wypadkach wyżej wskazanych wydaje szpital do użytku własnego władz państwowych i innym szpitalom bezpłatnie, pozatem może pobierać opłatę do 3,— zł za każdą rozpoczętą stronicę (30 wierszy po 45 liter) pisma ręcznego lub maszynowego. Opłata wpływa do kasy szpitalnej.

Za orzeczenia wydane z zachowaniem postanowień wyżej wskazanych na podstawie wniosku, skierowanego do szpitala, a nie imiennie do lekarza, jeżeli oparte są nietylko na wiadomościach, zawartych w historii choroby, lecz także na badaniach, przeprowadzonych specjalnie na żądanie władzy państwowej lub samorządu terytorialnego może szpital pobierać opłaty według obowiązującej na terenie województwa śląskiego taksy lekarskiej. Orzeczenie podpisane przez lekarza sporządzającego orzeczenie, przesyła zarząd szpitala wraz z rachunkiem władzom powyższym. Dochód z tych opłat wpływa do kasy szpitalnej, winien jednak być użyty, po potrąceniu własnych kosztów, na wynagrodzenie lekarza orzekającego.

Opłaty za orzeczenia wydane na powyższych zasadach innym instytucjom lub osobom prywatnym oblicza się według obowiązującej taksy lekarskiej lub umowy indywidualnej.

Orzeczenia co do stanu zdrowia poborowych, poddanych w szpitalu publicznym przymusowemu leczeniu na podstawie decyzji komisji poborowych, wydaje szpital bezpłatnie.

Na prośbę leczonego lub jego prawnego zastępcy winien szpital wydać bezpłatnie poświadczenie o pobycie w szpitalu za wskazaniem daty przyjęcia i wypisania ze szpitala, a jeśli leczony lub jego prawny zastępca życzy sobie tego, także ze wskazaniem rozpoznania choroby.

Co do obowiązku składania zeznań wobec władz i donoszenia pozostają w mocy istniejące przepisy prawne.

Do art. 44.

§ 22.

Statut szpitala bez prawa publiczności winien być sporządzony analogicznie do postanowień § 10.

Postanowienia przedostatniego i ostatniego ustępu § 10 obowiązują również szpitale bez prawa publiczności

Do art. 46.

§ 23.

Postanowienia ustępu pierwszego, drugiego i trzeciego § 15 mają zastosowanie również do szpitali bez prawa publiczności.

Do art. 48.

§ 24.

Kierownik szpitala bez prawa publiczności jest odpowiedzialny przed władzami nadzorczymi (art. 70) za działalność szpitala pod względem lekarskim. Zakres jego działania i obowiązki są analogiczne do zakresu działania i obowiązków dyrektorów szpitali publicznych, określonych w § 11.

Do art. 50.

§ 25.

Co do prowadzenia historii choroby, wydawania odpisów historii choroby i orzeczeń lekarskich oraz pobierania zapłaty za te odpisy i orzeczenia obowiązują szpitale bez prawa publiczności te same postanowienia, jak szpitale publiczne (§ 21).

Do art. 57.

§ 26.

Podany do publicznej wiadomości w poczekalni lecznicy spis opłat winien być szczegółowy i wymieniać nietylko dzienną opłatę za pobyt i utrzymanie w lecznicy, lecz również wszelkie inne opłaty dodatkowe (za wizyty lekarskie, za zabiegi lekarskie i lecznicze, świadczenia na rzecz służby itp.), o ile takie opłaty dodatkowe mają być pobierane w lecznicy. Poza opłatami, podanymi w ten sposób do publicznej wiadomości, żadne inne opłaty od chorych za świadczenia lecznicy nie mogą być pobierane.

Również szczegółowo winny być wymienione świadczenia lecznicy na rzecz chorych i warunki ich przyjmowania.

Statut lecznicy może postanowić, że dozwolone będzie na żądanie chorych leczenie ich w lecznicy przez lekarzy umówionych przez tych

chorych z poza personelu lecznicy. W tym wypadku lecznica może pobierać opłaty tylko za te świadczenia lecznicy z których dany chory korzysta.

Do art. 58.

§ 27.

Urządzenie lecznicy, tak w czasie jej założenia, jak i później, jak długo jest czynna, winno być takie, by odpowiadało wymogom higieny oraz zapewniało normalne jej funkcjonowanie z uwzględnieniem nowoczesnych potrzeb lecznictwa.

W każdej lecznicy winien być przynajmniej jeden pokój izolacyjny, przeznaczony dla zakaźnie chorych, oraz odpowiednia poczekalnia.

Lecznica winna zapewnić choremu przyjętemu do niej co najmniej pomoc lekarską i potrzebną opiękę, leki, pożywienie i pomieszczenie.

W każdej lecznicy winna być prowadzona księga przyjęć chorych, w której winno być uwidocznione co do każdego chorego, przyjętego do lecznicy, co najmniej: data przyjęcia chorego, imię i nazwisko, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, data wypisania z lecznicy (lub śmierci).

Co do prowadzenia historii choroby obowiązują lecznice postanowienia ustępów pierwszego do piątego włącznie § 21, a co do innych sprawozdań postanowienia ustępu pierwszego, drugiego i trzeciego § 15.

Obowiązki lecznicy w zakresie zgłaszania pewnych wypadków chorób określają obowiązujące przepisy prawne.

Lecznica jest obowiązana zawiadamiać władze nadzorcze o zaprowadzeniu nowych niestosowanych dotąd w Polsce metod w lecznictwie.

O wypadkach nagłej śmierci chorego w związku z wykonanym zabiegiem leczniczym oraz o nienaturalnych wypadkach śmierci w lecznicy zawiadamia lecznica władze nadzorcze.

Określone wyżej obowiązki ciążą w pierwszym rzędzie na kierowniku lecznicy (art. 55). Kierownik lecznicy jest odpowiedzialny za działalność lecznicy i winien być w zakresie lecznictwa i higieny przełożonym sił lekarskich, pielęgniarskich i innych zatrudnionych w lecznicy.

Do art. 60.

§ 28.

Zadaniem przychodni jest udzielanie pomocy lekarskiej osobom przychodzącym.

Nazwa przychodni winna być zgodna z charakterem i przeznaczeniem tego zakładu leczniczego.

Zezwolenia na otwarcie przychodni udziela się w formie zatwierdzenia statutu przychodni.

O ile przychodnia nie posiada zatwierdzonego statutu, to udzielenie osobom przychodzącym pomocy lekarskiej oraz wykonywanie innych czynności lekarskich uważa się za czynności ambulatoryjne szpitala, lecznicy lub ośrodka zdrowia.

Przychodnie mogą prowadzić akcję:

a) o charakterze wyłącznie leczniczym, polegającą na udzielaniu na miejscu porad, ordynacji i wykonywaniu zabiegów,
b) o charakterze leczniczo-zapobiegawczym, polegającą nietylko na udzielaniu pomocy lekarskiej, lecz również na prowadzeniu akcji zapobiegawczej oraz propagandowej i roztaczaniu nadzoru sanitarno-lekarskiego nad osobami, zgłaszającymi się i ich otoczeniem.

Przychodnie mogą istnieć w związku z szpitalami, lecznicami i ośrodkami zdrowia, lub oddzielnie.

Jeżeli kilka przychodni o charakterze leczniczo-zapobiegawczym wchodzi w skład ośrodka zdrowia, jako instytucji, obejmującej całokształt działalności w zakresie medycyny zapobiegawczej na pewnym określonym terenie, to winien być sporządzony jeden statut, obejmujący w szczególności organizację i zakres działania wszystkich poszczególnych przychodni.

Do art. 65.

§ 29.

Przychodnia musi mieć kierownika lekarza. Kwalifikacje, wymagane od niego, określa statut, nie mogą one jednak być mniejsze, niż wymienione w ustępie pierwszym art 65, a w przychodniach specjalnych muszą być odpowiednie do rodzaju pomocy, udzielanej w przychodni.

Kierownik przychodni jest przełożonym sił lekarskich, pielęgniarskich oraz pomocniczych, zatrudnionych w przychodni i odpowiada za całokształt działalności przychodni.

Do art. 68.

§ 30.

Lokal przychodni winien być tak urządzony, by przyjmowanie chorych, udzielanie porad i wy-

konywanie zabiegów leczniczych mogło odbywać się zgodnie z zasadami higieny oraz współczesnymi wymaganiami lecznictwa.

Każda przychodnia winna mieć co najmniej jedną poczekalnię wielkości odpowiedniej do frekwencji chorych. Gabinety lekarskie i poczekalnie winny być tak urządzone, by chorzy nie byli narażeni na wzajemne zakażanie się.

Przychodnia winna być zaopatrzone w niezbędne przyrządy do badania i leczenia chorych, opatrunki, środki do odkażania oraz przybory do utrzymania czystości.

Przychodnia winna w ustalonych godzinach przyjęć udzielać pomocy, określonej w statucie przychodni.

Opłaty, pobierane w przychodni, o ile statut na pobieranie opłat zezwala, winny być uwidocznione w odpowiednim miejscu w poczekalni przychodni. Poza opłatami w ten sposób uwidocznionymi żadne dane opłaty za świadczenia przychodni nie mogą być pobierane.

Kierownik przychodni jest obowiązany:

a) przedstawiać władzom nadzorczym sprawozdania roczne z działalności przychodni według wzoru i w terminie, ustalonym przez Urząd Wojewódki Śiąski, przestrzegając obowiązującego mianownictwa chorób,

b) stosować się do żądań władz nadzorczych, opartych na postanowieniach art. 69.

Do art. 70.

§ 31.

Władze, określone w ustępach 2 — 5 art. 70, nadzorują całokształt czynności zakładów leczniczych i wydają zarządzenia w tych sprawach w granicach obowiązujących przepisów prawnych.

Powiatowe i wojewódzkie władze administracji ogólnej, jeśli nie są w stosunku do danego zakładu leczniczego władzą nadzorczą w rozumieniu ustępu 2 — 5 art. 70, mają w każdem razie prawo nadzoru ze stanowiska policji sanitarnej, które obejmuje w szczególności prawo badania w obecności dyrektora zakładu leczniczego lub jego zastępcy i według możności — właściciela i przedkładania wniosków władzom nadzorczym w rozumieniu ustępu 2 — 5 art. 70 w sprawach:

a) dostatecznego zaopatrzenia zakładu leczniczego w personel lekarski i lekarsko-pomocniczy,

b) rozmieszczenia chorych z uwzględnieniem wymagań higieny co do ilości powietrza, światła, sprawności wentylacji, ogrzewania itp.,

c) czystości i higieny poszczególnych pomieszczeń szpitalnych i ich urządzenia, a zwłaszcza sal i pokojów dla chorych, gabinetów lekarskich i pracowni, poczekalni, znajdujących się w łączności z tymi pomieszczeniami mieszkań personelu pomocniczego, magazynów ze sprzętem szpitalnym itp.,

d) urządzenia i stanu sanitarnego kuchni, spiżarni i innych składów z zapasem żywności,

e) czystości łóżek, pościeli, bielizny, ubrania itp. dla chorych,

f) przechowywania prywatnych ubrań chorych,

g) przechowywania lekarstw i środków odurzających,

h) stanu pralni i sposobu desynfekcji brudnej bielizny,

i) zaopatrzenia w wodę i stanu urządzeń kąpielowych, sposobu usuwania nieczystości i stanu ustępów,

j) stanu podwórz i ubikacji gospodarczych.

W wyjątkowych wypadkach, niecierpiących zwłoki, lekarz powiatowy może wydawać w sprawach wyżej wymienionych również zarządzenia doraźne, obowiązujące do czasu wydania zarządzeń przez władze nadzorcze, określone w ustępie 2 — 5 art. 70.

Sposób wykonywania sanitarno - lekarskiego nadzoru nad państwowymi niepublicznymi zakładami leczniczymi określa osobne rozporządzenie.

§ 33.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Śląska Rada Wojewódzka

Przewodniczący:

(—) Dr. M. Grażyński.
Wojewoda Śląski

2.

Wydział Powiatowy

powiatu świętochlowickiego

L. dz. Sm. Wypis.

Uchwała.

Za zgodą gmin Orzegów i Ruda oraz właścicieli gruntów Komisaryczny Wydział Powiatowy w Świętochłowicach postanawia na podstawie § 2 pkt. 4 i 5c ordynacji dla gmin wiejskich z dnia 3 lipca 1891 r. (zb. ust. str. 233) wydzielenie z obrębu gminy Orzegów oraz wcielenie do gminy Ruda następujących parcel:

nr. 1670|321, 1673|321, 1687|321, 1671|321, 1672|321, 1674|321, 1675|321, 1676|321, 1677|321, 1678|321, 1679|321, 1680|321, 1681|321, 1682|321, 1683|321, 1684|321, 1685|321, 1686|321, 1690|324, 1691|324, 1692|324, 1693|324, 1694|324, 1695|324, 1696|324, 1697|324, 1698|324, 1699|324, 1700|324, 1701|324, 1702|324, 1708|324, 1707|324, 1734|324, 1735|324, 1711|324' 1714|324, 1715|324, 1718|324, 1719|324, 1722|324, 1723|324, 1726|324, 1727|324. 1730|324 1731|324, 1733|324, 1704|323, 1705|323, 1709|323, 1710|323, 1736|323, 1737|323, 1706|323, 1703|342, 1712|342, 1713|342, 1716|342, 1717|342, 1720|342 1721|342, 1724|342, 1725|342, 1728|342, 1729|342 1732|342, 1739|342, 1738|342, 1740|342, 1741|342, 1742|342, 1744|323, 1746|340 o łącznej powierzchni 3,60,96 ha.

Świętochłowice, dnia 23. sierpnia 1938 r.

Komisaryczny Wydział Powiatowy

Przewodniczący

(—) Szaliński
starosta.